FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1946 N° 725

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

LACOMBE Roger-Jean-Marie-Maurice

Né le 8 Juillet 1919, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 23 OCT 1946

Contribution à l'étude du syndrome pseudo-tuberculeux d'origine rhino-pharyngée

Président : M. J. CATHALA, Professeur

ÉDITEUR :
LA GUTENBERG, 18, AVENUE DE PARIS
VERSAILLES

1946

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1946 N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

LACOMBE Roger-Jean-Marie-Maurice

Né le 8 Juillet 1919, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le

Contribution à l'étude du syndrome pseudo-tuberculeux d'origine rhino-pharyngée

Président : M. J. CATHALA, Professeur

ÉDITEUR :
LA GUTENBERG, 18, AVENUE DE PARIS
VERSAILLES
—
1946

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Roussy.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann. Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN . . . . . Baudouin.

ASSESSEUR . . . . . Léon Binet.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUÉNU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRÉ (R.).
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques médicales	BÉNARD (H.). CHABROL. HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLÉRY-RADOT.
Clinique de neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	LANTUÉJOUL. LÉVY-SOLAL. PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÉNÈQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	JUSTIN-BESANÇON (L.)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN.

	MM.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du travail	DUVOIR.
Médecine légale	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	BEAUDOUIN.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	RICHET.
Puériculture	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ (H.).
Stomatologie	DECHAUME.
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (G.).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. Brulé (Médecine générale), Dognon (Physique médicale), Gaillard (Parasitologie), Halphen (O. R. L.), Jayle M. (Chimie médicale), Mlle J. Lévy (Pharmacologie),
MM. Olivier (Anatomie), Piédelièvre (Médecine légale).

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	CORDIER.
	N...
Anatomie patholog.	DELARUE.
	Mlle GAUTIER-VILLARS
Bactériologie	BONNET.
	N...
Chimie médicale	ETTORI.
	N...
Chirurgie générale	AMELINE.
	FÈVRE.
	FUNCK-BRENTANO
	MÉNEGAUX.
	PATEL.
	SICARD.
	N...
	N...
	N...
Histologie	BULLIARD.
Hydrologie	N...
Hygiène	N...
	N...
Médecine générale	BARIÉTY.
	BOULIN.
	BROUET.
	CACHERA.
	COSTE.
	DELAY.
	N...

	MM.
Médecine générale	GARCIN.
	DE GENNES.
	HAGUENAU.
	LENÈGRE.
	MARCHAL.
	MOLLARET.
	MOUQUIN.
	SOULIÉ.
	N...
Médecine légale	DESOILLE.
Obstétrique	DIGONNET.
	LACOMME.
	SUREAU.
	N...
Ophtalmologie	RENARD.
Oto-rhino-laryng.	N...
Parasitologie	N...
Parasitologie colon.	N...
Pathologie expérim.	LEMAIRE.
Pharmacologie	N...
	N...
Physiologie	N...
	N...
Physique médicale	N...
Thérapeutique	TURPIN.
Urologie	COUVELAIRE

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS

rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM. Basset (Chirurgie générale), Huguenin (Anatomie pathologique), Le Lorier (Obstétrique), Vaudescal (Obstétrique).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

	MM.
Clinique cirurgic. ..	GATELLIER. DE GAUDART D'ALLAINES.
Clinique obstétr. ..	ECALLE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	HALPHEN.

	M.
Clinique médicale..	CHEVALLIER.

V. — CHARGÉ DE COURS

	M.
Radiologie	LEDOUX-LEBARD.

	MM.
Secrétaire de la Faculté....	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en chef.....	Dr A. HAHN.
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon PÈRE.

A ma MÈRE

dont le dévouement m'a permis une jeunesse heureuse et des études faciles. Qu'elle trouve ici un faible témoignage de mon grand amour filial.

A ma FEMME,

avec toute mon affection.

A mon FILS.

A ma GRAND'MÈRE.

A ma SŒUR.

A tous mes PARENTS et AMIS.

A notre Maître,

Monsieur le Professeur J. CATHALA,

Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

Au Docteur H. PETIT,

Chevalier de la Légion d'honneur,
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Médecin du Service des Voies Respiratoires
à l'Hôpital de Rambouillet,

Avec toute notre reconnaissance pour nous avoir inspiré le sujet de cette thèse et pour la formation qu'il a su nous donner en phtisiologie.

Au Docteur E. Coulaud,

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Médecin attaché du service du Docteur Kourilsky,
Médecin consultant de l'Hôpital de Rambouillet,

Avec toute notre gratitude.

Au Docteur R. Doubrère,

Chevalier de la Légion d'honneur,
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Chirurgien-Chef
de l'Hôpital régional de Rambouillet,

Avec notre sincère reconnaissance.

A nos Maîtres dans les Hôpitaux de Paris :

M. le Professeur CARNOT,
M. le Professeur CUNÉO (*in memoriam*),
M. le Professeur CHABROL,
M. le Docteur SOREL,
M. le Docteur MARQUEZY,
M. le Docteur JACOB,
Mme le Docteur SCHERRER,
M. le Professeur CATHALA.

A nos Maîtres de l'Hôpital de Versailles :

M. le Docteur AUMONT,
M. le Docteur CHARLES-ROBERT,
M. le Docteur FRANÇOIS,
M. le Docteur VESLOT,

Aux Médecins de l'Hôpital de Rambouillet :

M. le Docteur BUHLER,
M. le Docteur DRESCH.

Au Docteur VERMEIL et au Docteur BROCHART,

Oto-Rhino-Laryngologistes à Rambouillet,

qui ont bien voulu nous donner un compte rendu précis au sujet des enfants que nous leur avons envoyés.

Avec tous nos remerciements.

I. — INTRODUCTION.

La prophylaxie de la tuberculose s'est considérablement développée au cours de ces dernières années et a instruit le grand public des divers symptômes par lesquels débute cette grave maladie. Aussi dans les divers centres de dépistage et consultations de phtisiologie où nous avons eu la chance d'être élève, soit comme externe dans le service du Docteur JACOB à l'hôpital Saint-Antoine, soit comme interne dans les services du Docteur VESLOT, à Versailles et du Docteur PETIT, à Rambouillet, nous avons été amenés à examiner de nombreux enfants qui nous étaient envoyés par les médecins traitants ou conduits directement par leurs parents comme suspects de primo infection tuberculeuse. Or nous avons pu constater qu'un très grand nombre de ces enfants n'avaient aucun signe de lésions bacillaires mais étaient simplement victimes d'une insuffisance nasale respiratoire ou d'une infection chonique des voies aériennes supérieures qui expliquaient les symptômes pseudo-tuberculeux : une légère température vespérale, de l'asthénie, de l'amaigrissement, accompagnés d'une toux persistante, parfois d'une expectoration muco-purulente et même de crachements sanguinolents. Il n'en fallait pas davantage pour créer le doute, d'autant plus que des signes d'auscultation peuvent s'ajouter à ce tableau clinique.

Pendant longtemps on a englobé ces faits sous le nom de fausse tuberculose pulmonaire, mais en réalité il n'y a pas de fausse tuberculose, il n'y a que de faux diagnostics.

En effet, dès lors qu'un individu tousse depuis quelques semaines, perd du poids, présente une adénopathie cervicale

ou une légère réaction thermique, on est enclin à le regarder comme suspect de tuberculose. Il est hors de doute d'ailleurs que c'est là un bienfait car l'examen de ces malades permet de déceler souvent la tuberculose à ses débuts et ainsi d'agir efficacement. Mais il ne faut pas oublier que tous ces symptômes peuvent être dus à d'autres causes : l'insuffisance nasale et rétro-nasale, les suppurations sinusiennes et naso-pharyngées, les hémorragies et les infections amygdaliennes; c'est le Docteur RIST qui a indiqué que sur 315 agents infirmiers des hôpitaux vus avec le diagnostic de tuberculose 122 seulement ont été reconnus atteints de cette maladie. Sur 167 anciens militaires réformés pour tuberculose 57 étaient réellement porteurs de cette maladie. Il concluait que 60 % des erreurs se font avec des infections des voies aériennes supérieures.

On a peut-être un peu trop tendance à considérer uniquement ce qui se passe dans les poumons et la plèvre, et à ignorer le vestibule de ces organes, c'est-à-dire le système compliqué, délicat et vulnérable que sont les fosses nasales et les cavités qui en dépendent.

La voie aérienne est une et indivisible : elle commence au niveau des narines et se continue par les fosses nasales, le pharynx nasal et bucal, le larynx et la trachée, pour se terminer par les bronches et les poumons. L'air parcourt une seule et même route, la grande voie aérienne dont l'unité est prouvée par l'embryologie, l'anatomie comparée, l'anatomie humaine, l'histologie, la physiologie et la pathologie.

Nous ne donnerons dans ce travail que des observations d'enfants car malgré les corrections qu'a apportées l'expérience des cuti-réactions en série, c'est tout de même dans l'enfance que se fait le plus souvent la primo-infection, et c'est d'autre part à cet âge que l'insuffisance nasale respiratoire est la plus fréquente et entraîne le plus de troubles.

Nous n'avons pas l'intention de passer en revue tous les signes et toutes les complications des rhino-pharyngites aiguës ou chroniques, mais de décrire un syndrome caractérisé par : des réactions ganglionaires cervicales, des bronchites à répétition, des accès de fièvre, une toux rebelle, une

atteinte plus ou moins marquée de l'état général avec retard pondéral. Nous indiquerons ensuite les étiologies les plus fréquentes de ce syndrome, puis ses diverses formes cliniques, les différents problèmes diagnostiques qu'elles posent et enfin le traitement qu'il faut y opposer.

Nous terminerons en citant les quelques observations qui nous ont fait penser à ce travail et que nous avons pu recueillir à l'hôpital de Rambouillet, dans le service du Docteur PETIT.

Mais il nous semble juste auparavant qu'un résumé de l'historique de cette question soit donné.

II. — HISTORIQUE.

Plusieurs auteurs ont signalé que tel ou tel symptôme pouvait faire penser à une tuberculose pulmonaire alors qu'en réalité il n'était dû qu'à un ensemencement direct par un liquide septique descendu des voies aériennes supérieures ou simplement à une insuffisance respiratoire.

Guéneau de Mussy, dès 1857, expose les relations entre les affections des voies aériennes supérieures et celles de la trachée et des bronches.

Lichtwitz, en 1890 et 1896, rapporte des phénomènes broncho-pulmonaires passagers sous la dépendance d'un empyème des sinus ayant fait penser à la tuberculose pulmonaire.

Grelich, Kayser, Funt, vers la même époque, étudient les troubles pulmonaires consécutifs aux affections nasales.

En 1901, à l'Académie de Médecine, Martin du Magny publie un mémoire célèbre intitulé : « Accidents pulmonaires consécutifs aux lésions du nez, de ses cavités accessoires, de l'oreille et de la région rétro-pharyngée ». Dans ce mémoire, l'auteur écrit que parfois on peut suivre la filiation directe des accidents, mais que le plus souvent les étapes intermédiaires disparaissent et que, d'emblée, éclatent les manifestations broncho-pulmonaires dont la filiation avec les suppurations nasales cesse d'être évidente. Il décrit un type aigu et un type subaigu et chronique de diagnostic beaucoup plus délicat : En effet, il est difficile de ne pas croire à la présence de lésions tuberculeuses en constatant tous les signes d'une congestion persistante du sommet, surtout quand l'état général est touché. Ces signes physiques, pour l'auteur, ont une topographie bien spéciale à l'angle de l'omoplate et au niveau de l'origine de la bronche supérieure.

Ce mémoire repose sur huit observations : tantôt polypes nasaux, tantôt végétations adénoïdes naso-pharyngées.

Brindel, en 1898, publie des travaux sur les complications broncho-pulmonaires des sinusites.

Heymann, en 1904, à la LXXVI[e] Assemblée des naturalistes et médecins allemands, réunie à Breslau, rapporte six cas de lésions purulentes chroniques du nez s'accompagnant de fièvre, d'amaigrissement, de sueurs, d'une expectoration assez abondante, avec submatité au sommet et râles muqueux. Le traitement des lésions nasales fut suivi sous peu de la guérison pulmonaire. Mais on pensait alors qu'il s'agissait d'une association de maladies nasales avec une tuberculose fermée du poumon.

En 1909, une thèse de Bordeaux, due à Chauvet, indique les relations pathogéniques entre les fosses nasales et la poitrine.

Pendant la guerre de 1914-1918, dans de nombreux articles, Rist et Sergent dénoncent les nombreuses erreurs de diagnostic faites dans les commissions de réforme, qui écartaient définitivement de toute activité de nombreux militaires comme atteints de tuberculose pulmonaire, alors qu'en réalité il ne s'agissait que d'une infection du rhino-pharynx retentissant sur l'arbre bronchique, mais curable assez facilement. Il fallait toute l'autorité de ces deux auteurs pour modérer « le vent de tuberculophobie qui soufflait comme un ouragan ».

Au centre médical de la XIII[e] région dirigé par le Docteur Castaigne, était annexé un service d'oto-rhino-laryngologie.

L'examen méthodique et rationnel de chaque soldat présentant à l'examen clinique tous les symptômes d'une tuberculose à sa période de germination a permis de dépister un grand nombre de pseudo-tuberculeux.

Germain Khon-Enriquez, dans sa thèse de Paris, en 1919, insiste sur le fait que les affections chroniques des voies aériennes supérieures sont cause de prédisposition à la tuberculose pulmonaire, d'où le grave danger de les envoyer en sanatorium par suite d'une erreur de diagnostic. Mais il conclut en disant que c'est entre 20 et 30 ans que se

révèle presque toujours cette symptômatologie pseudo-tuberculeuse.

Le Professeur CANUYT, dans la *Revue de la Tuberculose*, en 1926, indique les difficultés de diagnostic entre les affections oto-rhino-laryngologiques et la tuberculose pulmonaire. Mais, dit cet auteur, il ne faut pas oublier néanmoins que la tuberculose pulmonaire est parfois annoncée par des manifestations nasales, pharyngées et surtout laryngées.

La même année, et aussi dans la *Revue de la Tuberculose*, le Docteur RIST cite des statistiques à propos de ces erreurs de diagnostic. Il conclut en demandant « que la collaboration du phtisiologue et du rhino-laryngologiste ne soit pas occasionnelle mais continue, intime, quotidienne ».

Enfin, en 1933, le Médecin-Commandant BOLOTTE décrit l'insuffisance nasale respiratoire et ses déterminations pathologiques.

Quant à nous, dans un travail d'ensemble, nous allons essayer de décrire ce syndrome en insistant sur certains points, notamment sur la fréquence des réactions ganglionnaires consécutives aux infections chroniques du rhino-pharynx, qui ne doivent pas être confondues avec les adénopathies tuberculeuses, et sur les signes pulmonaires physiques et radiologiques que peuvent donner les rhino-bronchites descendantes.

Mais pour ne pas alourdir la description clinique, nous allons, dans un chapitre spécial, donner un bref rappel de l'anatomie des lymphatiques de la région cervicale.

III. — ANATOMIE.

Dans ce chapitre, nous ferons de larges emprunts à l'ouvrage du Professeur ROUVIÈRE sur l'anatomie des lymphatiques.

Les ganglions de la tête et du cou se répartissent en cinq groupes :

1° Un groupe supérieur disposé en collier à l'union de la tête et du cou, c'est le cercle ganglionnaire péricervical. Seuls nous intéressent dans ce cercle :

a) Les ganglions parotidiens qui reçoivent les lymphatiques de la muqueuse des fosses nasales ;

b) Les ganglions sous-maxillaires, au nombre de 3 à 6 de chaque côté, qui sont sous-aponévrotiques et placés le long du bord inférieur de la mâchoire : ils reçoivent notamment les lymphatiques du nez et du plancher buccal ;

c) Les ganglions sous-mentaux, au nombre de 2 à 3, dans l'espace compris entre les ventres antérieurs des deux digastriques et dont les vaisseaux afférents viennent aussi du plancher buccal.

2° Un groupe cervical profond juxtaviscéral qui comprend surtout les deux ganglions rétropharyngiens latéraux placés en avant des muscles prévertébraux et qui reçoivent les lymphatiques des fosses nasales, de la trompe d'Eustache et du rhino-pharynx.

3° Les groupes latéraux profonds du cou qui s'ordonnent en trois chaînes : chaîne du nerf spinal, chaîne cervicale transverse et surtout chaîne jugulaire interne. C'est celle-ci qui reçoit en somme la lymphe du rhino-pharynx soit directement, soit par l'intermédiaire des deux autres groupes ganglionnaires :

4° La chaîne antérieure.

5° La chaîne jugulaire externe.

La chaîne jugulaire interne est formée de plus de 20 ganglions qui s'échelonnent sous le sterno-cleido mastoïdien à la face externe de la veine, depuis l'apophyse mastoïde jusqu'à l'articulation sterno-claviculaire.

La lymphe venant de ces ganglions se déverse dans le confluent jugulo-sous-clavier où aboutit également la lymphe venue des ganglions médiastinaux et trachéo-bronchiques mais le courant devient alors ascendant.

De plus, certains auteurs, Barety notamment, admettent qu'il existe des connexions directes entre les ganglions médiastinaux, surtout les deux amas prétrachéo-bronchiques droit et gauche, avec la chaîne ganglionnaire cervicale profonde et, d'autre part, avec la partie apexienne du poumon.

Pour ces auteurs, l'anatomie expliquerait donc que les infections des voies aériennes supérieures puissent atteindre le poumon, non seulement par la migration directe des liquides pathologiques mais aussi par la voie lymphatique et les divers relais ganglionnaires. Nous n'avons pas à prendre parti dans ces discussions pathogéniques qui n'ont pas encore été closes, mais ce qui est certain c'est que l'anatomie explique l'engorgement cervical dans les affections du rhino-pharynx.

IV. — ETUDE CLINIQUE.

Nous allons d'abord analyser les différents symptômes à distance et les signes de l'infection rhino-pharyngée chez l'enfant et nous verrons dans un chapitre ultérieur comment tel symptôme peut prédominer ou manquer pour réaliser différentes formes cliniques.

En tout cas, il semble bien qu'un symptôme ne manque jamais, c'est :

1° *L'hypertrophie des ganglions cervicaux.*

Typiquement il s'agit d'une polyadénite cervicale double à prédominance sous-angulo-maxillaire; les ganglions sont le plus souvent petits, du volume d'un noyau de cerise : ce n'est pas la microadénite en grains de plomb décrite par MARFAN. Ils sont nombreux, durs, roulants sous le doigt, non douloureux. Ils doivent être recherchés soigneusement le long des bords antérieur et postérieur du sterno-cleido-mastoïdien. Parfois il peut s'agir uniquement d'un gros ganglion sous-angulo-maxillaire, témoin alors le plus souvent d'une hypertrophie de l'amygdale correspondante ou d'une amygdalite cryptique.

Il est bien évident qu'une infection aiguë de la cavité buccale ou du cavum produit secondairement une adénite de volume variable, douloureuse. Le ganglion dans ce cas adhère à la peau qui rougit, devient œdémateuse et s'ouvre à l'extérieur à la façon d'un abcès. « Quand, écrit SERGENT, chez un jeune enfant fébricitant, ne présentant aucune localisation infectieuse, pulmonaire, digestive ou osseuse, on constate la présence d'un ganglion enflammé cervical ou sous-maxillaire — que l'on apprécie simplement en constatant que la pression à l'angle de la mâchoire provoque de la douleur, des grimaces ou des cris — on peut à coup sûr diagnostiquer une angine ou une poussée d'adénoïdite aiguë. »

Mais ce qui est le plus intéressant, c'est qu'une infection chronique du rhino-pharynx souvent ignorée, peut donner les adénites chroniques que nous avons décrites.

A l'examen systématique des collectivités d'enfants, on est étonné du grand nombre d'adénopathies cervicales. C'est ainsi que sur 600 enfants des écoles de Saint-Malo nous avons nous-mêmes constaté une proportion de 19 % de ganglionnaires. Or, on pense bien souvent que ces réactions sont banales, n'ont aucune signification, ou bien qu'elles sont le fait d'un « terrain déficient » ou de lymphatisme. Nous pensons pour notre part qu'il s'agit là le plus souvent d'infectés chroniques du rhino-pharynx. En effet nous ne pouvions demander à tous ces enfants de se faire examiner par un spécialiste, mais nous constations très souvent une pharyngite granuleuse ou une hypertrophie amygdalienne dans ce cas la tuméfaction ganglionnaire prédominait nettement dans l'angle sous-maxillaire. Ou bien un interrogatoire sommaire nous apprenait que l'enfant présentait des coryzas, des angines, des bronchites, toutes infections bénignes, mais dont la répétition témoignait d'une cause chronique naso-pharyngée.

En effet, le deuxième grand signe de notre syndrome est constitué par :

2° *Les bronchites à répétition.*

C'est MARFAN qui a écrit : « Si vous observez des bronchites à répétition, voyez d'abord s'il y a des végétations adénoïdes. »

On comprend très bien en effet qu'une infection aiguë du nez ou du cavum se transmette par propagation aux bronches : Ce sont les rhino-bronchites descendantes; mais souvent l'obstruction nasale et l'infection plus ou moins latente peuvent ne pas attirer l'attention et pourtant déterminer des signes physiques au niveau des bronches et des poumons.

La percussion et la palpation donnent peu de renseignements, mais l'auscultation au contraire peut être riche. C'est ainsi que le murmure vésiculaire peut être diminué par insuffisance de remplissage des alvéoles; la voix nasonnée, si fréquente chez les adénoïdiens, donne l'impression d'une

égophonie. On peut entendre aussi des râles types de bronchite : soit des râles ronflants dus à une muqueuse bronchique sèche ou à l'adhérence de mucosités plus ou moins visqueuses. Ils s'entendent aux deux temps de la respiration mais surtout à l'expiration ; ils disparaissent complètement ou partiellement à la suite d'un effort de toux qui détache les mucosités encombrant les bronches, pour reparaître peu de temps après. Soit, si les sécrétions bronchiques deviennent plus fluides, des râles humides, gros râles sous crépitants formés de bulles volumineuses qui rappellent le râle caverneux. Il n'est pas rare de constater aussi après un décubitus dorsal prolongé, à la base du poumon, de petits râles fins ayant les caractères des râles crépitants, et qu'il faut attribuer au déplissement d'alvéoles atélectasiées.

Parfois ces signes sont généralisés, mais le plus souvent ils sont localisés aux sommets ; Martin du Magny donnait même une topographie très précise de ces signes : « En dedans la colonne vertèbrale, en dehors une ligne à 6 centimètres de la colonne, empiétant de 2 centimètres sur le bord interne de l'omoplate, en bas la sixième vertèbre dorsale, en haut une ligne passant à 1 ou 2 centimètres au-dessus de l'angle supéro interne de l'omoplate ». C'était le fameux syndrome de l'angle pathognomonique pour l'auteur, des rhino-bronchites descendantes.

Sans doute quand les signes sont tous localisés au sommet, faut-il admettre l'explication de Rist qui dit : « Les infirmes du nez respirent mal, remplissent insuffisamment leurs poumons, et ce sont les parties habituellement les moins mobiles, c'est-à-dire les sommets, qui respirent le moins bien. »

M. Sieur a montré, en se basant sur une statistique portant sur plus de 150 malades, que chez les sujets atteints d'obstruction nasale par malformation de la cloison, il existait des anomalies respiratoires dont la plus fréquente consiste en une diminution de l'inspiration, surtout au sommet droit. Il a montré en outre, que la résection de la cloison était suivie d'un retour à l'état normal du murmure vésiculaire dans la grande majorité des cas.

D'autre part, l'unilatéralité parfois des signes physiques serait due au décubitus latéral de ce côté pendant le sommeil.

Mais à côté de ces signes de réaction des grosses bronches, nous voulons décrire un syndrome de condensation de la région scapulo-vertébrale prédominant à droite, et qui autrefois était synonyme d'adénopathie trachéo-bronchique. A la percussion, on peut trouver une élévation de tonalité, mais ce sont presque uniquement des signes d'auscultation : Tantôt un souffle respiratoire à timbre rude ou seulement une respiration dissemblable, rude d'un côté, faible de l'autre; tantôt le fameux signe de D'ESPINE : Retentissement exagéré et timbre bronchophonique de la voix auscultée sur la colonne vertébrale, de la septième cervicale à la cinquième dorsale.

La radiologie a montré que ces signes existaient bien souvent sans qu'il y ait d'adénopathie médiastine, et nous les avons constatés chez de nombreux enfants rhino-pharyngiens. Nous pensons donc qu'ils témoignent plutôt d'une condensation hilaire.

L'examen radiologique peut d'ailleurs donner d'utiles précisions, mais les images sont difficiles à interpréter car il ne s'agit tout de même que de modifications peu importantes et dans une région complexe, la région hilaire.

Normalement, les arborisations opaques qui partent de cette région sont dues uniquement aux branches de division de l'artère pulmonaire. Les arborescences claires, moins perceptibles, se perdant beaucoup plus vite dans la transparence générale des champs pulmonaires, correspondent aux ramifications bronchiques principales. Dans cette zone, le seuil de l'anormal est très délicat à déterminer. Selon les conseils de Messieurs LAUBRY, CHAPERON et THOMAS, on reconnaîtra les images hilaires normales à la netteté des concours artériels et bronchiques et à l'absence d'ombres surajoutées. Or, nous avons remarqué plusieurs fois, que chez les enfants ayant une rhino-bronchite descendante, la netteté de ces contours était difficile à saisir, le hile étant nettement plus gros qu'à l'ordinaire : En somme, il s'agit de ces images que les radiologistes qualifient de : Hile étoilé, ombre hilaire épaissie, chevelu parahilaire exagéré. Evi

demment chez l'adulte les réseaux pulmonaires normaux peuvent être particulièrement dessinés et donner de telles images, mais chez l'enfant, le hile normal est bien net, et avec de l'expérience on peut reconnaître les gros hiles anormaux. Nous pensons pour notre part que sous l'influence de la péribronchite, les parois bronchiques augmentent d'opacité et donnent aux bronches un aspect radiologique assez voisin de celui des arborescences vasculaires qui contribue à élargir la région hilaire. Cette opacité plus ou moins uniforme, mal délimitée est tout à fait différente de l'opacité arrondie ou polycyclique due à une adénopathie, et d'autre part l'espace cardio-vertébral visible en position oblique, est obscurci par un ganglion tandis qu'il reste clair dans le cas ou le hile est simplement épaissi. D'autre part, nous savons que les bronches qui adoptent une direction sagittale se projettent sur la radiographie sous forme d'un cercle régulier à centre clair. L'inflammation des parois bronchiques peut augmenter la netteté de ces cercles qui se voient surtout dans la zone parahilaire, car il faut une sclérose déjà très accentuée pour que les petites ramifications bronchiques soient visibles sous la clavicule ou aux bases pulmonaires.

Nous avons insisté un peu sur ces aspects radiologiques car nous pensons que c'est là un caractère fréquent et peu étudié du syndrome que nous décrivons.

Les inflammations bronchiques et péribronchiques qui donnent ces signes physiques et radiologiques sont souvent accompagnées d'un signe fonctionnel qui inquiète tant les parents :

3° *La toux.*

Cette toux est le plus souvent quinteuse, sèche, spasmodique : Elle survient par accès et est constituée par une série de secousses expiratoires plus ou moins saccadées, entremêlées de profondes inspirations comme dans la coqueluche. Beaucoup plus rarement la toux est grasse et suivie d'une légère expectoration qui peut contenir des filets de sang : Les varices de la base de la langue et de la trachée se développent volontiers à la faveur de l'inflammation chronique de la muqueuse pharyngée et trachéale. Cette toux est souvent à prédominance nocturne : Elle serait due alors au fait

que dans le décubitus les secrétions descendent vers le pharynx, l'épiglotte et le larynx où existent plusieurs centres tussigènes. Ailleurs, les quintes se produisent surtout au réveil. M. RIST l'explique ainsi : « Chez les individus dont les poumons sont sains, mais qui ont un catarrhe chronique des voies aériennes supérieures avec participation de la trachée et des grosses bronches, les mucosités accumulées pendant le sommeil sont éliminées dès le réveil par une toux quinteuse qui, si elles sont visqueuses et adhérentes aux parois, peut exiger d'assez violents efforts. Si la rhino-pharyngite est conditionnée par des altérations obstructives des voies nasales : Hypertrophie des cornets, déviation et crête de cloison, la respiration se fait pendant le sommeil uniquement par la bouche, ce qui a pour effet de produire une dessiccation des muqueuses de l'oro pharynx, du larynx, et même de la partie supérieure de la trachée et de convertir en croûtes les mucosités qui se trouvent à leur surface. Il en résulte une toux quinteuse, irritante, fatiguante ».

Mais nous pensons que la toux n'est pas toujours un reflexe de défense provoqué par les mucosités, mais qu'elle peut être due aussi à une névrite des plexus pharyngés comme l'ont montré RIBADEAU-DUMAS et J. TARNAUD : Au niveau de la paroi pharyngo-laryngée latérale, le plexus pharyngien formé de filets des nerfs pneumogastrique, glosso-pharyngien et sympathique serait touché par l'inflammation de la muqueuse. Il en résulterait une véritable névrite des filets du pneumogastrique qui serait la cause de beaucoup de toux incoercibles. La toux est facilitée dans ces cas par l'hypervagotonie et l'excitabilité de certains sujets, par la sensibilisation de leurs muqueuses due à des infections répétées. Cette pathogénie est souvent prouvée par le fait qu'en anesthésiant la paroi pharyngée avec une solution cocainique forte, la sédation est remarquable. Quoi qu'il en soit il est bien avéré que la toux peut être d'origine rhino-pharyngée.

4° *Fièvre.*

De nombreux auteurs ont insisté sur la nécessité de distinguer du point de vue de leur valeur séméiologique deux variétés de toux : La toux accompagnée de fièvre et la toux

sans fièvre. La première disait-on, s'observe dans la tuberculose et dans toutes les maladies aiguës de l'appareil respiratoire. Nous croyons que cette notion soit à réviser et que, notamment, dans les infections chroniques du rhino-pharinx, la fièvre accompagne souvent la toux.

Tantôt la courbe thermométrique est en clocher, l'enfant faisant de temps à autre des poussées à 39° séparées par des intervalles d'apyrexie complète. Il est à noter d'ailleurs que cette température élevée s'accompagne d'un minimum de signes généraux.

Tantôt au contraire, la fièvre est modérée mais prolongée, irrégulière : 37°8 pendant des semaines et des mois. Il faut bien insister auprès des parents pour prendre la température trois-quarts d'heure au moins après que l'enfant ait été mis au repos. En effet, tout individu normal voit sa température s'élever après l'exercice ou la marche proportionnellement à la rapidité de la marche, de l'exercice plutôt qu'à sa durée.

Dans certains cas, on remarque que la fièvre est plus élevée le matin au réveil que le soir; cela aussi tiendrait à la rétention pendant le sommeil des sécrétions dans le rhinopharynx.

5° *Développement du squelette.*

L'obstruction nasale qui est cause la plupart du temps de cette infection chronique peut retentir aussi sur le développement du squelette. C'est ainsi qu'on peut observer des dystrophies osseuses au niveau de la face et du thorax.

a) Nous ne décrirons pas les dystrophies faciales car elles ne sont pas à proprement parler pseudo-tuberculeuses. Pourtant, ce sont elles qui expliquent probablement les modifications de la voix chez certains de nos malades. En effet la modification des cavités de résonnance amène les défectuosités de prononciation, le nasonnement, cette voix éraillée, voilée, enrouée, qui pourrait faire penser à une laryngite bacillaire.

b) Les dystrophies thoraciques sont plus intéressantes. L'air arrivant en quantité insuffisante, les mouvements de la cage thoracique ne sont plus qu'ébauchés et celle-ci se dé-

veloppe incomplètement. Le thorax est alors déprimé soit latéralement avec projection du sternum en avant : « Thorax en carène », soit d'avant en arrière. Il existe aussi des dépressions localisées, des asymétries : Les omoplates se détachent. La participation rachidienne se traduit par de la cypho-scoliose.

Ces malades se plaignent aussi quelquefois de douleurs thoraciques; M. Rist explique qu'il s'agit là de douleurs rapportées : « La rhinite postérieure secrètante déclenche les mouvements de déglutition qui produisent l'aérophagie et la distention gazeuse de l'estomac; celle-ci se traduit à la conscience du sujet par une douleur thoracique rapportée siégeant au sommet du thorax ou dans l'espace interscapulo-vertébral.

6° *Troubles de l'état général.*

On comprend d'autre part que l'insuffisance respiratoire amène une insuffisance d'hématose et des troubles graves dans la fonction de la nutrition. Et c'est ainsi que l'état général de ces enfants est souvent touché.

On observe surtout des retards pondéraux importants. Comme dans les observations que nous rapportons, nous donnerons souvent la taille et le poids des sujets, nous croyons utile de rappeler ici le poids et la taille des enfants normaux d'après Marfan :

1 an	9 kg. 750	0 m. 70
2 ans	13 kg.	0 m. 80
3 ans	14 kg. 500	0 m. 90
4 ans	16 kg.	0 m. 96
5 ans	18 kg.	1 m. 02
6 ans	20 kg.	1 m. 08
7 ans	22 kg. 500	1 m. 13
8 ans	25 kg.	1 m. 17
9 ans	26 kg. 500	1 m. 23
10 ans	30 kg.	1 m. 32
11 ans	33 kg.	1 m. 36
13 ans	35 à 40 kg.	1 m. 42

A l'examen des enfants des écoles de Saint-Malo, nous avons été surpris de voir la proportion d'hypotrophiques im

portants : 25 % environ. Il est évident que ces retards de croissance peuvent ressortir de beaucoup d'autres causes surtout après ces années de sous-alimentation, mais il est sûr aussi qu'un grand nombre de ces enfants avaient une respiration insuffisante.

De plus, ces mêmes enfants, bien souvent, présentent une diminution de l'aptitude au travail cérébral, des difficultés à fixer l'attention, une altération de la mémoire.

7° Troubles divers.

On a rapporté enfin à la rhino-pharyngite et à l'adénoïdite beaucoup d'autres troubles que nous ne ferons que citer car ils n'entrent pas dans la description d'un syndrome pseudo-tuberculeux :

Troubles de l'audition et de l'olfaction ;

Affections oculaires externes ;

Dyspepsie, entérite, aérophagie ;

Troubles cardiaques fonctionnels : Palpitations et tachycardie,

Néphrites aiguës ou chroniques.

Certaines formes de diabète insipide comme l'a montré KOURILSKY dans des travaux récents.

V. — ETIOLOGIE.

Nous allons rapidement, dans ce chapitre indiquer les origines au niveau des voies aériennes supérieures, des divers troubles que nous venons de signaler.

Les affections altérant le fonctionnement nasal diminuent le débit aérien ou bien créent dans le nez et le cavum un foyer d'infection, ou bien troublent l'activité excito-reflexe de la pituitaire. Dans la réalité ces trois éléments sont le plus souvent mêlés.

1° *Les déformations de la cloison nasale* sont une cause très fréquente d'obstruction et secondairement d'infection. Ces déformations sont dues soit à un traumatisme, soit à un trouble de développement et elles peuvent porter en avant sur la cloison cartilagineuse, en arrière sur la cloison osseuse ou vomer. Tantôt la déformation atteint une grande partie de la cloison : On dit alors qu'il y a déviation comportant diverses courbures en C, en S, etc... Tantôt elle est circonscrite formant alors un éperon, une épine, une crête. Les déformations des cornets accompagnent souvent celles de la cloison.

2° *Les végétations adénoïdes* sont constituées par une hyperplasie du tissu lymphoïde naso-pharyngien. Elles peuvent entraîner une obstruction nasale considérable ou bien réaliser un foyer d'infection chronique. Il n'existe d'ailleurs aucun rapport entre le volume des végétations et la gravité des accidents qu'elles provoquent : Ce sont souvent les plus petites qui sont les plus malignes car elles constituent des clapiers purulents dont la désinfection est impossible. :

3° *L'hypertrophie des amygdales palatines* accompagne souvent les grosses végétations adénoïdes. Mais au contraire de celles-ci les tonsilles sont rarement assez volumineuses pour gêner considérablement la respiration. Elles

interviennent plutôt comme un foyer d'infection chronique car leurs cryptes sont un repaire de microbes.

4° *Les polypes du nez* sont rares chez l'enfant. Ce sont des dégénérescences œdémateuses de la muqueuse nasale irritée. Ils peuvent déterminer des coryzas chroniques ou une obstruction nasale.

5° *Les sinusites de l'enfance* ont été longtemps méconnues. Pourtant le sinus maxillaire qui existe dès la naissance atteint à 7 ans une capacité de 5 à 6 cm³. Sa suppuration peut donc entretenir un état inflammatoire chronique des fosses nasales et du cavum.

6° Il existe d'autres infections nasales et rhino-pharyngées sans obstacle apparent à la circulation aérienne. Ce sont toutes les rhinites chroniques, la rhinite atrophique ou ozène dans le genèse desquelles on a voulu faire jouer un rôle à la syphilis, à la tuberculose.

7° Enfin il n'est pas douteux qu'on est en présence parfois d'une insuffisance respiratoire nasale fonctionnelle. Sans obstacle important le sujet ne respire pas par le nez : Il s'agit d'une véritable déficience des centres nerveux respiratoires.

Le plus souvent cet état s'observe chez les jeunes sujets qui ont eu à un moment donné une obstruction nasale organique. Le traitement chirurgical a levé l'obstacle, mais la rééducation du nez ne s'est pas faite.

VI. — FORMES CLINIQUES.

Nous avons décrit précédemment la forme type de notre syndrome, mais il est évident que de nombreuses formes cliniques peuvent exister.

1° *Formes symptômatiques.*

Elles ne sont dues qu'à la prédominance de tel ou tel symptôme.

a) C'est ainsi que chez certains enfants le seul signe ou le plus important de beaucoup est constitué par la présence de ganglions cervicaux. Nous avons vu qu'ils pouvaient affecter toutes les formes et que, notamment, ils étaient parfois très volumineux. C'est ainsi que l'enfant P. Fernande (obs. XXVII) nous fut amenée uniquement parce que, depuis longtemps, elle présentait de nombreux ganglions cervicaux dont l'un était particulièrement volumineux dans la chaîne jugulaire droite. De nombreux traitements médicaux avaient été essayés et même plusieurs séries de rayons ultra-violets qui n'avaient eu aucune action. Quatre mois après le curettage du cavum, les ganglions avaient complètement disparu. Il ne subsistait plus que celui de la chaîne jugulaire droite, mais considérablement diminué de volume.

De même l'enfant P. Roger (obs. XI).

Si le plus souvent les ganglions sont indolores et n'aboutissent pas à la suppuration, dans un de nos cas l'évolution s'est faite vers l'abcès et l'ouverture à la peau. Il s'agit de G. Madeleine (obs. XXVI) qui présentait, outre une pléiade de petits ganglions cervicaux, un gros paquet ganglionnaire dans la région sous-angulo-maxillaire droite qui devint rouge, luisant, douloureux et finalement s'ouvrit à la peau ; il en sortit un pus bien lié. La cuti était négative.

Après traitement du rhino-pharynx, tout rentra dans l'ordre.

b) Ailleurs, il s'agit d'enfants qui font uniquement de temps à autre des poussées de bronchite avec toux et signes physiques caractérisés.

Ainsi la petite B. Violette (obs. XIII) présentait très souvent des bronchites : au cours de l'une d'elles, l'auscultation nous révéla dans la région scapulo-vertébrale droite un souffle assez intense. A la radiographie, les deux hiles étaient notablement élargis. L'examen du pharynx montrait un écoulement muco-purulent et une amygdale gauche anfractueuse. Plusieurs mois après l'intervention, l'enfant n'avait plus fait de bronchite.

D. Odette (obs. XXXIII), au cours de ses nombreuses bronchites, présentait le signe de d'Espine : en effet, si on auscultait sur la colonne vertébrale, au niveau environ de la première dorsale, pendant que l'enfant parlait, on percevait nettement de la bronchophonie. L'O. R. L. trouva de grosses végétations adénoïdes. L'intervention supprima du même coup les bronchites.

B. Jean-Pierre (obs. VIII) tousse très fréquemment au cours d'épisodes aigus appelés congestions pulmonaires. L'auscultation révèle à droite et à gauche des râles ronflants surtout à l'expiration, disparaissant après un effort de toux. Le hile droit est épaissi avec de petits cercles à centre clair très nets correspondant aux sections de bronches. Après curettage du cavum, amélioration sensible de la fragilité bronchique.

c) Parfois l'infection chronique rhino-pharyngée peut seulement donner des poussées fébriles intermittentes qui ne sont expliquées par aucun trouble.

C. Henri (obs. XIV) avait une température à 37°7-38 tous les soirs pendant des semaines. Tous les examens avaient été négatifs mais les amygdales étaient très grosses. Six mois après l'amygdalectomie la température restait stationnaire à 37°.

G. Fernand (obs. XVI) faisait tous les mois, environ pendant quatre à cinq jours, une poussée fébrile allant jusqu'à 39° le soir, due à un catarrhe naso-pharyngien.

De même les obs. XII, XVII, XXIII.

Enfin, bien souvent, les enfants victimes d'une gêne notable de la respiration nasale ne présentent aucun signe particulier mais ont un état général déficient. Ce sont des enfants qui « poussent mal », qui sont anorexiques, sans entrain et présentent un gros retard physique et intellectuel, sans avoir jamais eu de maladies importantes. Ils font le désespoir de leurs parents et aussi des nombreux médecins auxquels ils sont conduits. Nous n'avons relaté que très peu de ces observations (X, XXIX), mais, dans les visites scolaires, nous en avons trouvé un grand nombre.

2° *Formes suivant l'âge.*

Le nourrisson fera surtout des poussées d'adénoïdite aiguë avec accès de fièvre à 39°-40°, apathie, troubles digestifs, gorge vernissée avec muco-pus s'écoulant à la face postérieure du rhino-pharynx. Ces poussées guérissent en quelques jours, mais les réinfections sont fréquentes.

Chez le grand enfant, ce qui prédomine, c'est l'atteinte de l'état général avec retard pondéral, troubles psychiques, température subfébrile et existence de ganglions cervicaux.

3° *Formes associées.*

a) A l'asthme. Dans notre obs. V il s'agit d'un enfant qui, outre l'existence de végétations infectées et de grosses amygdales qui conditionnent une polyadénite cervicale droite, présente des crises d'asthme très nettes. Le problème est de savoir si cet asthme est du à l'épine irritative nasale, ou s'il s'agit d'un asthme essentiel. Or, plus d'un an après l'intervention sur le cavum, l'enfant présente encore des crises suffocantes. Il semble donc qu'il y ait coexistence de deux syndromes sans relation de cause à effet.

b) A une cuti positive. Dans le syndrome que nous décrivons, la cuti-réaction à la tuberculine est le plus souvent négative et c'est là, nous le verrons, un des meilleurs critères de diagnostic. Mais parfois la cuti est positive : il s'agit d'enfants ayant eu une primo-infection récente ou ancienne,

mais dont les symptômes ne sont pas expliqués par l'imprégnation bacillaire.

Ainsi l'enfant P. Fernande (obs. XXVII) avait une cuti positive, mais la scopie ne montrait aucun signe de primo-infection et les ganglions cervicaux rétrocédèrent nettement après le curettage du cavum.

L'enfant D. Odette (obs. XXXIII) présente à la scopie une tache calcifiée sous la clavicule droite, témoin, avec sa cuti faiblement positive, d'une primo-infection ancienne, et nous pensons que les bronchites fréquentes de cet enfant sont dues à la présence de grosses végétations adénoïdes.

Pour M. René (obs. XXIX), la primo-infection semble avoir été sévère puisqu'elle a nécessité trois ans de préventorium, et ceci explique sans doute en partie le gros retard pondéral. Mais la rhinite atrophique entre aussi en cause certainement. Dans tous ces cas, ainsi que dans les observations XXVIII, XXXI, XXXII, il semble que la primo-infection tuberculeuse soit éteinte en ayant laissé tout au plus quelques séquelles non évolutives.

Mais on conçoit que, dans certains cas, des enfants peuvent avoir des signes de tuberculose secondaire mais présenter aussi quelques symptômes qui ne peuvent être rattachés qu'à une infection rhino-pharyngée chronique. Malheureusement, nous n'avons pu recueillir d'observations de ce genre.

Ces formes associées à une cuti positive sont très intéressantes car c'est là qu'il peut y avoir discussion au sujet du traitement, de nombreux médecins interdisant alors toute intervention sur le cavum de peur d'une dissémination bacillaire.

Nous verrons plus loin que, pour notre part, nous pensons au contraire que l'amygdalectomie ou le curettage du cavum doivent être pratiqués malgré une cuti positive, sauf en pleine période de primo-infection, et jamais nous n'avons observé d'accidents de généralisation tuberculeuse.

VII. — DIAGNOSTIC.

Les différents symptômes et signes que nous avons décrits posent des problèmes diagnostiques surtout, évidemment, avec différentes formes de la tuberculose.

1° *Adénites tuberculeuses.*

En présence d'une adénite cervicale on est porté d'emblée à incriminer le bacille de Koch. Au début de ce siècle, l'idée générale fut que toutes les adénites cervicales étaient, à des degrés divers, des « adéno-tuberculoses ». Le Docteur VAUTHIER, dans la *Revue de Médecine Infantile* de 1905, affirmait que le bacille de Koch se rencontrait 96 fois pour cent dans ces ganglions et qu'il fallait considérer tous les enfants ganglionnaires comme des tuberculeux en puissance.

Depuis, il y a eu les travaux de RANKE et de DUFOURT qui ont montré la place de ces adénites dans le cycle de l'infection tuberculeuse. Pour ces auteurs, on le sait, la première manifestation tuberculeuse est constituée par le chancre pulmonaire : c'est la phase primaire ; puis l'infection tuberculeuse peut se généraliser et aller se fixer sur divers organes, notamment sur les ganglions : c'est la phase secondaire. L'étude des antécédents du malade sera donc très importante : il faudra rechercher s'il a fait un épisode clinique de primo-infection, mais on sait que celle-ci est très souvent latente. Il faudra donc voir à la radioscopie, et au besoin à la radiographie, s'il n'existe pas une séquelle de chancre d'inoculation, et surtout voir si la cuti ou l'intra dermo-réaction sont positives. Mais nous avons vu qu'il existait des formes associées. Les caractères de l'adénopathie elle-même sont classiquement différents.

Les ganglions tuberculeux peuvent être très petits, nombreux, roulant sous le doigt : c'est la micropolyadénite

périphérique ; mais en général ils sont peu nombreux, du volume d'une amande ou d'une noix, siégeant le long des carotides. Ils peuvent rester à la phase d'induration mais souvent ils se ramollissent, adhèrent à la peau qui rougit. On perçoit un peu de fluctuation et il sort un pus filant, visqueux, grumeleux, jaunâtre, qui est pauvre en bacilles mais tuberculise toujours le cobaye.

Nous avons vu les caractères des ganglions satellites d'une infection rhino-pharyngée chronique : ils évoluent très rarement vers l'abcès.

On cite d'autres origines aux adénopathies cervicales : certaines leucémies, la lymphogranulomatose, l'hérédo-syphilis, mais ce sont là des diagnostics d'exception et qui sont généralement faciles d'après le contexte clinique.

Nous pensons donc qu'en face d'une adénite cervicale chronique il ne faut pas oublier de faire examiner le rhino-pharynx par une spécialiste qui trouvera souvent un cavum encombré ; et lorsque l'intervention aura supprimé ce foyer d'infection chronique, les ganglions cervicaux rétrocèderont plus ou moins rapidement.

2° *L'adénopathie trachéo-bronchique.*

Il y a quelques dizaines d'années cette lésion passait pour être des plus communes, puis un vent de réaction, attisé surtout par les radiologistes, balaya les idées admises et prétendit à la rareté de cette affection. Pehu et Dufourt montrèrent que le désaccord porte avant tout sur des mots : « Au point de vue histologique et anatomo-pathologique, presque tous les enfants qui ont subi l'atteinte tuberculeuse ont des bacilles dans leurs ganglions trachéo-bronchiques : ceux-ci sont plus ou moins hypertrophiés. Mais au point de vue clinique, seules les hypertrophies d'un certain volume sont capables de se révéler par quelques signes : leur pauvreté d'expression restant presque toujours assez grande ». On a décrit autrefois un très grand nombre de signes cliniques comme révélant une hypertrophie des ganglions médiastinaux : or nous avons vu que ces signes témoignaient le plus souvent d'une condensation hilaire et péri-hilaire due à la rhino-bronchite descendante.

Il n'est pas douteux que les enfants porteurs d'adénopathie médiastine ont très souvent une extrême sensibilité des bronches : elle se manifeste par des poussées passagères de bronchite, une toux à timbre profond, grave, aboyant. Mais il est une sorte particulière de toux qui, pour MARFAN et RIST, serait pathognomonique, c'est la toux bitonale, « composée de deux bruits distincts, dissonants et se produisant en même temps : l'un est un peu grave et comme voilé, l'autre est plus élevé et a quelque chose à la fois de chantant et de cassé ; cette toux est rarement quinteuse ; elle ne se prolonge pas : elle procède pas deux ou trois coups au plus. L'un des bruits naît au niveau de la glotte et l'autre au niveau de la trachée ou d'une grosse bronche que comprime une masse ganglionnaire augmentée de volume et caséifiée ». Mais ce symptôme est très rare et d'ailleurs il ne s'observe qu'au-dessous de l'âge de deux ans car c'est chez le petit enfant seulement que les anneaux cartilagineux de la trachée et des bronches souches sont assez mous pour se laisser aisément comprimer.

De même, les adénopathies entraînent des manifestations dyspnéiques aiguës uniquement chez les nourrissons.

Du moment qu'il y a dans les ganglions des bacilles vivants, il peut y avoir des émissions de toxine auxquelles il faut rapporter les petits signes d'imprégnation tuberculeuse : fatigue facile, fébricule constant, amaigrissement, symptômes que nous avons vu exister aussi dans les infections chroniques du rhino-pharynx.

En fait, les signes radiologiques associés à une cuti positive sont les seuls signes de haute probabilité d'une tuberculose des ganglions médiastinaux : encore faut-il se mettre à l'abri d'interprétations fantaisistes des images radiographiques.

Les grosses adénopathies peuvent se voir en position frontale sous forme de tuméfactions hilaires d'une opacité assez homogène débordant largement l'ombre médiane : les contours sont nets, arrondis et polycycliques selon que la masse ganglionnaire est unique ou formée d'un amas de petits ganglions. L'aspect est très différent des hiles étoilés, arborescents, que nous avons décrit.

Les adénopathies de moyen volume s'aperçoivent seulement sur un film pris en position oblique ou transverse, sous forme de taches ombrées assez régulières groupées autour de la bifurcation trachéale. Il est capital d'ailleurs, en ce qui concerne les images médiastinales, de faire une exploration de face et de profil car cette dernière position peut seule éliminer les images parenchymateuses ou pariétales.

Lorsque les ganglions situés le long de la trachée sont envahis aussi, on a « l'ombre en cheminée » de RIST et LÉVÊQUE : elle déborde d'un seul côté ou des deux l'ombre sternale et vertébrale qu'elle élargit parfois considérablement. L'ombre est tantôt uniforme, tantôt semée de points plus clairs ou plus foncés. Les bords en sont rectilignes ou irréguliers.

Donc, pour affirmer une adénopathie trachéo-bronchique, il faut être très strict sur l'interprétation des clichés. Cette maladie se manifeste rarement au point de vue clinique, surtout à mesure que l'enfant est plus grand, et devant des symptômes comme toux, température subfébrile, altération de l'état général qui, autrefois, exprimaient presque toujours l'idée d'une adénopathie médiastine, il faut d'abord faire examiner le cavum par un spécialiste.

3° *Primo-infection tuberculeuse.*

La première atteinte du bacille de Koch sur un organisme vierge peut être, on le sait, absolument latente et se dévoiler uniquement par le virage de la cuti-réaction. Mais ailleurs l'imprégnation bacillaire se révèle par un fléchissement de l'état général : l'enfant maigrit, perd son appétit, devient las et déprimé, morose, taciturne. Souvent il existe un léger fébricule : la température du soir oscille entre 37°5 et 38° pendant des semaines. M. RIST écrit qu'il a été frappé de la fréquence assez grande du symptôme douleur dans la tuberculose de primo-infection : « Cette douleur est ressentie spontanément par le malade du côté où siège la lésion et à peu près à sa hauteur à la face antérieure ou postérieure du thorax. Elle n'est jamais bien vive et se dissipe en général au bout de peu de semaines ».

Parfois c'est une bronchite qui traîne avec une toux persistante.

Mais nous avons vu que tous ces symptômes pouvaient être expliqués par une infection du rhino-pharinx.

Ce n'est pas l'auscultation qui précisera le diagnostic. En effet, on sait que lors de la primo-infection les signes physiques sont le plus souvent absents : tout au plus pourrait-on noter une légère diminution du murmure vésiculaire à un sommet, mais là encore ce signe est loin d'être pathognomonique. L'interrogatoire pourra donner d'utiles renseignements si on apprend qu'un contact a eu lieu avec une personne bacillaire ou seulement avec un vieux tousseur catalogué emphysémateux et qu'il faut examiner soigneusement.

L'aspect phlycténulaire de la cuti-réaction sera un appui précieux. Mais il ne faut pas oublier que le virage de la cuti peut être retardé par rapport à l'infection tuberculeuse : c'est la période anté-allergique qui peut être assez longue; ainsi un de nos malades, le petit P. Henri nous fut amené en juin 1945 parce qu'il toussait et était fatigué. Dans la région sous-claviculaire gauche on entendait quelques petits râles secs. La radiographie montrait bien une tuméfaction hilaire gauche avec un petit nodule para-hilaire mais la cuti était négative et on ne crut pas alors à une primo infection. Or en avril 1946 la cuti devint fortement positive et dans le hile gauche on vit nettement une petite masse très opaque, calcifiée. L'épisode de juin 1945 devait donc bien être dû à l'infection tuberculeuse.

Il est certain que pour le diagnostic de primo-infection c'est la radiologie qui fournira le plus de renseignements utiles. On admet actuellement que le complexe primaire ou chancre d'inoculation comporte une double lésion pulmonaire et ganglionnaire. L'adénopathie se révèle par une masse ovoïde d'une opacité homogène située dans la région hilaire et visible parfois uniquement en position oblique où elle comble l'espace clair rétro-cardiaque.

Le chancre pulmonaire est une masse constituée par un petit bloc pneumonique dont le volume varie d'une tête d'épingle à celui d'un noyau de cerise : il est situé en un

point quelconque des poumons plus souvent dans la partie moyenne ou dans l'une des bases et rarement au sommet. Il est quelquefois accompagné d'une traînée de ganglions en chaînette qui rejoignent ceux du hile du poumon. Ce sont des ombres de densité assez grande qui souvent s'infiltrent de calcaire et apparaissent sous la forme d'une petite masse noire qui persistera à l'âge adulte.

Peu de temps après la primo-infection, car chez l'enfant les stades sont écourtés, peuvent apparaître des lésions pareuchymateuses qui emporteront évidemment le diagnostic : pneumonie lobaire à limite scissurale, image en neige tombante de la broncho-pneumonie nodulaire à foyers disséminés, image en petits grains plus ou moins confluents de la tuberculose miliaire.

Donc en présence d'un enfant dont les symptômes généraux font soupçonner une primo-infection tuberculeuse, les signes les plus sûrs seront fournis par la cuti-réaction et l'examen radiologique. Il faudra toujours penser à faire examiner le cavum et si celui-ci montre une cause d'obstruction, d'infection chronique, il faudra être encore plus sévère pour affirmer le diagnostic de tuberculose, sans oublier que la primo-infection tuberculeuse et l'infection du rhino-pharynx peuvent coexister.

On conçoit que ce diagnostic soit très important car il n'est pas indifférent de faire suspendre ses études à un enfant pendant de longs mois, de l'astreindre à des cures de repos, de le séparer de sa famille pour l'envoyer en préventorium alors qu'un simple curettage du cavum pouvait rapidement faire cesser tous les troubles.

4° *L'asthme.*

Chez l'enfant déjà grand l'asthme consiste en accès de dyspnée caractéristiques mais chez le jeune enfant le catarrhe bronchique prédomine et l'asthme est souvent atypique. On essaiera de mettre en évidence des petites crises de dyspnée si légères soient-elles et d'entendre les râles sibilants et ronflants. Mais le diagnostic des formes frustes est très difficile car elles évoluent comme une rhino-pharyngite. De plus, bien souvent, on ne peut préciser s'il s'agit d'un

asthme essentiel ou d'un asthme symptômatique provoqué justement par l'hypertrophie et l'infection chronique du tissu lymphoïde du pharynx.

5° *Les dilatations des bronches.*

C'est généralement à la suite des broncho-pneumonies à streptocoques de la rougeole, de la coqueluche, que se développent les ectasies bronchiques ; elles provoquent aussi de la toux, de la fièvre, une atteinte de l'état général ; à l'auscultation on peut entendre des râles sous-crépitants, une respiration soufflante et la radioscopie décèle aussi un épaississement hilaire correspondant à de la sclérose péri-bronchique. Les injections intra-trachéales de lipiodol sont pratiquement impossible chez l'enfant. Aussi l'expectoration caractéristique sera le meilleur critère de diagnostic.

Mais il n'est pas douteux que le diagnostic le plus fréquent et le plus important de par ses conséquences thérapeutiques que l'on doit éliminer en présence du syndrome d'infection chronique du rhino-pharynx, est celui des diverses formes de la tuberculose décrits au début de ce chapitre. Nous ne saurions mieux faire pour inciter à la prudence que de citer M. Rist : « La tuberculose pulmonaire si riche en symptômes n'en possède pas un seul qui soit pathognomonique, pas un seul qui lui appartienne en propre et qu'elle ne partage pas avec d'autres affections de l'appareil respiratoire ou même d'appareils différents. Il n'y a pas non plus de groupement de ces symptômes qui soit caractéristique de la tuberculose. Du point de vue diagnostique la symptômatologie de la tuberculose est d'une extrême banalité. Seuls des signes sthétascoutiques et radiologiques bien déterminés permettent de rapporter ces symptômes à l'existence d'une ou de plusieurs lésions pulmonaires. Seul ce signe capital qu'est la démonstration des bacilles spécifiques dans l'expectoration permet d'affirmer la nature tuberculeuse de ces lésions ».

VIII. — TRAITEMENT.

Le traitement de ce syndrome pseudo-tuberculeux est essentiellement chirurgical : il consiste à rétablir la perméabilité nasale et pharyngée et aussi à supprimer la cause de l'infection chronique. Mais de nombreuses discussions se sont élevées à ce sujet. En effet pour beaucoup la tuberculose pulmonaire serait précédée par une tuberculose larvée des amas lymphoïdes du rhino-pharynx ; toutes les grosses amygdales et les végétations obstruantes contiendraient des bacilles de Koch qui essaieraient facilement et produiraient des accidents de généralisation ou de localisations tuberculeuses diverses après amygdalectomie ou cure radicale des végétations.

Il est certain que chez les tuberculeux pulmonaires ouverts, les examens histologiques et l'inoculation au cobaye de fragments amygdaliens révèlent souvent l'infection de l'amygdale due aux crachats qui viennent souiller sa surface ; mais la localisation primitive de la tuberculose sur les amas lymphoïdes du cavum semble très rare : ainsi, CITELLI en 1909 dit que chez les enfants non atteints de tuberculose des voies respiratoires, il n'y a que 2 % de végétations adénoïdes renfermant des bacilles de Koch. D'autres auteurs ont étudié le cheminement lymphatique des bacilles de Koch et des matières colorantes injectées dans les amygdales et ont démontré l'impossibilité du passage direct des bacilles des amygdales au poumon. Pour PEHU et DUFOURT : « Il n'y a pas lieu d'admettre la réalité d'une tuberculose pulmonaire et médiastine d'origine amygdalienne ». Il est de fait que les observations d'accidents tuberculeux divers après intervention sur le cavum sont extrêmement rares mais il est évident que l'amygdalectomie surtout peut entraîner pendant un certain temps de l'anémie, de la fatigue qui risquent d'amoindrir la résistance du sujet. D'après la longue expérience de notre maître le Docteur PETIT, l'ablation des végé-

tations entraînerait moins d'incidents et retentirait beaucoup moins sur l'état général que l'amygdalectomie : en effet alors que les végétations sont surtout une cause d'obstruction les amygdales sont surtout une cause d'infection, les cryptes étant un repaire de microbes banaux.

Donc en plein épisode de primo-infection, il vaut mieux surseoir à l'intervention ; mais alors que pour beaucoup de médecins, une simple cuti-positive est une contre-indication formelle, nous pensons que si la radioscopie, une cuti-réaction non phlycténulaire, une vitesse de sédimentation normale prouvent que la primo-infection a cessé d'évoluer ; si d'autre part, l'examen du spécialiste prouve que les troubles viennent d'un obstacle naso-pharyngé, le seul moyen de supprimer ces troubles est d'enlever les obstacles.

Dans la grande majorité des cas, la constatation de grosses amygdales, d'amygdales cryptiques ou de végétations adénoïdes provoquant des symptômes généraux et fonctionnels importants commande l'intervention, quel que soit l'âge de l'enfant : en effet l'opération n'est pas plus dangereuse à deux ans qu'à quinze ans et d'autre part ces formations ne repousseront pas si l'intervention a été correcte, sauf cependant chez les nourrissons.

Mais on constate parfois que les enfants conservent après l'action de la curette la mauvaise habitude de respirer la bouche ouverte et d'une façon restreinte ; c'est là que les procédés de gymnastique respiratoire rendent de grands services.

En plus du traitement étiologique, la déficience organique qu'a pu causer l'infection chronique des voies aériennes supérieures sera traitée par les médicaments habituels : l'arsenic et l'iode en particulier.

Enfin dans toutes les affections catarrhales muqueuses ou muco-purulentes du rhino-pharynx accompagnées de toux, d'expectoration, de troubles vocaux les cures hydrominérales seront très utiles. Si les enfants ont conservé un bon état général on les enverra dans les stations sulfureuses : Saint-Honoré, Uriage, Challes. Si au contraire il s'agit d'enfants pâles, amaigris, anémiques ce sont les eaux arsenicales qui conviennent dont le type est représenté par La Bourboule.

IX. — OBSERVATIONS.

Observation n° I. — *W. Josiane, 7 ans, 19 kg. 500.*

Amenée le 2 janvier 1946 pour une toux persistante depuis plusieurs mois. Antécédents tuberculeux dans la famille. A reçu du B. C. G. à la naissance par voie buccale.

Ganglions multiples cervicaux dont les deux plus importants se trouvent dans la région sous-angulo-maxillaire.

Auscultation négative ; image radioscopique absolument normale. Cuti-réaction négative. Vitesse de sédimentation : 35 en 1 heure ; 73 en 2 heures (normale : 10 en 1 heure).

O. R. L. (Docteur Brochart) : rhinorrhée purulente ; amygdales et végétations hypertrophiées.

Toux très améliorée par un badigeonnage de la paroi rétro-pharyngée avec une solution de nitrate d'argent à 1 %.

Intervention sur le cavum le 5 juin 1946.

Revu l'enfant en août 1946 : il ne tousse plus ; son état général s'est nettement amélioré. Les ganglions cervicaux ont disparu, sauf dans la région sous angulo-maxillaire où ils sont néanmoins beaucoup plus petits.

Observation n° II. — *L. Maurice, 10 ans, 28 kg. 900, 1 m. 35.*

Depuis plusieurs années est suivi pour mauvais état général, anorexie, bronchites fréquentes, quintes de toux. Otalgies. Hypoacousie. Voie éraillée. Cuti-négative. Micropolyadénite cervicale.

Auscultation : gros râles diffus. Scopie : trames péri-hilaires accentuées des deux côtés.

A été opéré des végétations et des amygdales en juin 1944.

En avril 1946 l'examen O. R. L. montre : 2 moignons amygdaliens très gros, quelques végétations adénoïdes sur les trompes d'Eustache ; otite catarrhale tubaire droite.

11 mai 1946 : nouvelle intervention sur les amygdales et les végétations.

30 juillet 1946 : état général nettement amélioré ; les ganglions cervicaux ont presque complètement disparu ; pas de signe d'auscultation.

Observation n° III. — *T. Jacqueline, 4 ans, 13 kg. 800, 0 m. 95.*

Enfant vu pour la première fois en novembre 1940 par le Docteur Petit.

La mère a été traitée par sulfarsénol, ainsi que l'enfant.

Crâne natiforme ; côtes évasées.

Tousse souvent la nuit.

Gros ganglions de la chaîne jugulaire. Cuti-négative.

Auscultation : gros râles secs diffus. Scopie : image thoracique normale.

Août 1942 : enfant toujours maigre, apathique. Toux, ganglions cervicaux.

Opéré des végétations à la fin de ce mois.

Mars 1945 : état général meilleur, 23 kg. 500. L'adénopathie cervicale a considérablement diminué de volume.

Juillet 1946 : l'enfant tousse un peu mais il vient d'avoir la coqueluche.

Aucune réaction ganglionnaire cervicale.

Observation n° IV. — *S. Philippe, 5 ans, 23 kg., 1 m. 22.*

Mauvais état général, inappétence.

Polyadénite cervicale de la chaîne jugulo-carotidienne.

Quelques râles sous-crépitants au sommet droit ; cuti négative. Scopie : hiles un peu élargis.

O. R. L. (Docteur Vermeil) : déviation de la cloison nasale ; végétations adénoïdes importantes.

Observation n° V. — *F. Roxane, 10 ans.*

Novembre 1944 : crises d'asthme tous les mois depuis trois ans ; traitée sans succès par l'aleudrine.

Polyadénite cervicale droite.

Auscultation : gros râles et sibilances dans les deux champs pulmonaires.

Mai 1945 : les crises d'asthme ont un peu diminué par le diapros.

O. R. L. (Docteur Brochart) : cavum très encombré de végétations infectées ; grosses amygdales enchatonnées ; tympans roses d'origine rétro-nasale.

Ablation des amygdales et des végétations à la fin mai 1945.

Juin 1946 : l'enfant va très bien, mais encore quelques crises d'asthme.

Auscultation négative. Il existe encore quelques ganglions cervicaux, mais très petits.

Observation n° VI. — *O. Jacques.*

Mauvais état général ; corysas très fréquents. Adénopathie cervicale importante ; cuti négative.

Scopie : image thoracique normale.

O. R. L. (Docteur Vermeil) : végétations adénoïdes ; opéré en 1944.

En 1945, l'enfant a pris du poids ; état général nettement amélioré Il existe encore quelques ganglions cervicaux, mais de volume très réduit.

Observation n° VII. — *B. René, 3 ans, 12 kg. 500.*

Tousse depuis six mois. Ronfle la nuit.

Auscultation : râles secs diffus. Scopie normale.

O. R. L. : grosses amygdales et végétations.

Deux ans après l'intervention sur le cavum, enfant en bon état. La toux n'a pas repris, auscultation normale.

Observation n° VIII. — *B. Jean-Pierre, 5 ans.*

Tousseur ; épisodes pulmonaires fréquents intitulés congestions pulmonaires

Auscultation : gros râles diffus. Cuti négative. Scopie : le hile droit forme un pinceau très élargi vers le bas. On pense à une dilatation des bronches.

Après curettage du cavum, amélioration sensible de la fragilité bronchique.

Observation n° IX. — *G. Yveline, 7 ans, 17 kg.*

Tousse continuellement depuis des mois.

Amaigrissement important, anorexie ; a eu, sans succès, une série de rayons ultra-violets.

Gros ganglions cervicaux bilatéraux. Cuti négative.

Auscultation : respiration plus rude à droite qu'à gauche.

Scopie : hile droit empâté.

O. R. L. (Docteur Vermeil) : grosses amygdales et végétations.

Observation n° X. — *G. Fernand, 12 ans 1/2, 26 kg. 600, 1 m. 34.*

Retard pondéral, fébricule persistant. Thorax déprimé latéralement avec projection du sternum en avant, « en carène ».

Cuti négative. Auscultation et scopie normales.

A été opéré des végétations et des amygdales il y a plusieurs années.

O. R. L. : Pharyngite granuleuse.

Observation n° XI. — *P. Roger, 4 ans, 17 kg. 500.*

Rhumes fréquents. Ganglions cervicaux volumineux, surtout à droite.

Cuti négative.

A été opéré des végétations il y a un an. Pas d'amélioration : bronchites encore très fréquentes.

O. R. L. (Docteur Brochard) : grosses amygdales opérées le 19 mai 1946.

Le 24 juillet, la mère trouve que l'enfant va beaucoup mieux, a pris du poids, a très bon appétit. Les ganglions cervicaux ont totalement disparu.

Observation n° XII. — *V. René, 7 ans, 22 kg.*

Accès de fièvre intermittents.

Micropolyadénite cervicale droite. Cuti négative.

Auscultation : râles sous-crépitants au sommet gauche.

O. R. L. : végétations adénoïdes.

Après l'ablation de ces végétations, ganglions cervicaux en régression.

Auscultation normale.

Observation n° XIII. — *B. Violette.*

Crises d'asthme rares ; fragilité bronchique.

Cuti négative. Auscultation : souffle dans la région hilaire droite.

Radiographie : accentuation des tractus broncho-vasculaires.

Amygdale gauche anfractueuse. Pharynx rouge avec écoulement muco-purulent.

Observation n° XIV. — *C. Henri, 8 ans.*

Etat fébrile irrégulier.

Micropolyadénite cervicale droite et sous-angulo-maxillaire.

Grosses amygdales.

Six mois après l'amygdalectomie, la température n'a pas remonté au delà de 37°.

Observation n° XV. — *C. Nicole, 6 ans 1/2.*

Bronchites successives avec poussée fébrile. Anorexie.

Adénopathie à prédominance sous-angulo-maxillaire.

Cuti négative. Scopie : image thoracique normale.

O. R. L. : Végétations adénoïdes importantes.

Observation n° XVI. — *G. Fernand, 8 ans.*

Poussées fébriles intermittentes. Inattention.

Toux rebelle à prédominance matinale.

Cuti négative. Auscultation : gros râles diffus. Scopie normale.

O. R. L. (Docteur Vermeil) : catarrhe naso-pharyngien ; sinus s'éclairant assez mal.

Observation n° XVII. — *O. Jean-Claude, 5 ans, 16 kg. 500.*

Fréquentes poussées fébriles durant 15 jours-3 semaines avec toux.

Cuti négative. Auscultation : petits râles fins à la base gauche.

Scopie normale.

O. R. L. : granulations à la face postérieure du rhino-pharynx groupées en bourrelets sur les parties latérales.

Observation n° XVIII. — *V. Lucien.*

Toux persistante depuis un an.

Dort la bouche ouverte. Ne peut fixer son attention. Anorexie.

Polyadénite cervicale à prédominance droite. Cuti négative. Auscultation : gros râles secs diffus ; respiration soufflante au sommet droit.

Scopie : image thoracique normale.

O. R. L. : granulations sur la paroi postérieure du rhino-pharynx ; amygdale droite volumineuse.

Observation n° XIX. — *P. Pierre, 8 ans, 23 kg. 300, 1 m. 30.*

Angines et rhino-pharyngites fréquentes.

Douleurs thoraciques.

Quelques poussées fébriles avec otalgie.

Micropolyadénite cervicale.

Cuti négative. Auscultation : souffle expiratoire dans la région scapulo-vertébrale gauche. Scopie normale.

O. R. L. : cavum encombré de grosses végétations.

Observation n° XX. — *B. André, 7 ans 1/2.*

Pas d'appétit. Pousse mal.

Micropolyadénite cervicale droite. Cuti négative. Scopie : épais tractus péri-hilaire droit.

O. R. L. : déviation de la cloison nasale.

Observation n° XXI. — *F. Nicole, 6 ans.*

Fièvre à 40° depuis plusieurs jours ; toux.

Ganglions jugulaires hypertrophiés des deux côtés.

Cuti négative. Auscultation : gros râles de bronchite aux bases. Scopie normale.

O. R. L. : amygdales rouges avec enduits pultacés.

Observation n° XXII. — *C. Bernard, 5 ans.*

Enfant chétif. Thorax en carène ; tube digestif fragile : diarrhées fréquentes.

Fréquents épisodes fébriles.

Nombreux ganglions hypertrophiés des chaînes jugulaires.

Cuti négative. Auscultation : râles ronflants à l'expiration, disparaissant après la toux, au sommet droit.

Radiographie : trame broncho-vasculaire droite très accentuée.

O. R. L. grosses amygdales ; déviation de la cloison.

Observation n° XXIII. — *W. Irène, 11 ans, 26 kg. 700, 1 m. 27.*

Tousse de temps en temps.

Micropolyadénite cervicale et à droite, dans la chaîne jugulaire droite, un gros ganglion dur, indolore, roulant sous le doigt.

Cuti négative. Auscultation : murmure vésiculaire diminué à droite.

Radiographie : hile droit très élargi et nuageux, mais pas d'image ganglionnaire.

O. R. L. : (Docteur Vermeil) : pas d'obstacle à la respiration nasale, mais rhino-pharyngite chronique : du pus s'écoule dans le cavum.

Observation n° XXIV. — *F. Claudine, 6 ans, 18 kg. 100, 1 m. 07.*

A été en contact pendant ses six premiers mois avec un grand-père tuberculeux.

Enfant sans entrain, toujours fatigué. Rhumes fréquents. Dort la bouche ouverte.

Ganglions sous-angulo-maxillaires hypertrophiés. Cuti négative.

Auscultation : respiration soufflante le long de la colonne vertébrale à droite.

Scopie : hile droit notablement élargi.

O. R. L. (Docteur Brochart) : grosses végétations, amygdales très enchatonnées et sales.

Observation n° XXV. — *R. Jean, 7 ans, 19 kg. 200.*

Otorrhée chronique.

Ganglions jugulaires, sous-mentonniers et sous-angulo-maxillaires hypertrophiés, durs, indolores.

Cuti négative. Auscultation et scopie normales.

O. R. L. (Docteur Brochart) : tympans cicatriciels et scléreux, très grosses végétations.

Opéré le 1er mai 1946. Traitement général par arsenic, vitamine D, sirop iodotanique.

24 juin 1946 : l'otorrhée a cessé ; l'enfant a pris du poids ; les ganglions existent encore, mais en diminution.

23 juillet 1946 : l'enfant continue à aller très bien, les ganglions cervicaux ont considérablement régressé.

Observation n° XXVI. — *G. Madeleine, 15 ans, 48 kg. 800, 1 m. 62.*

Enfant sans entrain, apathique, céphalées fréquentes.

Ganglions de la chaîne jugulaire de la grosseur d'une noisette ; dans la région sous-angulo-maxillaire droite : gros paquet ganglionnaire douloureux : peau tendue, rouge, luisante.

Cuti négative. Auscultation et scopie : normales.

Numération globulaire : hématies 4.200.000.

leucocytes 6.800.
polynucléaires 62 %.

Vitesse de sédimentation : 9 mm. en une heure.

O. R. L. : pharyngite granuleuse : sur la paroi postérieure du pharynx : saillies isolées, lisses, jaunâtres, grosses comme une tête d'épingle.

OBSERVATION N° XXVII. — *P. Fernande, 8 ans, 22 kg. 300.*

1er avril 1946 est amenée pour une cuti récemment positive. Très bon état général, nombreux ganglions cervicaux dont l'un est particulièrement volumineux dans la chaîne jugulaire droite. Des séances de rayons ont déjà été faites sans succès sur ce ganglion.

Auscultation et scopie : normales.

O. R. L. (Docteur VERMEIL) : grosses végétations adénoïdes. Opérées le 8 avril.

22 mai 1946 : nette diminution de l'adénopathie cervicale.

7 août 1946 : il ne subsiste plus que le ganglion de la chaîne jugulaire droite, mais très diminué de volume.

OBSERVATION N° XXVIII. — *C. Michel, 10 ans, 25 kg. 100.*

Poussées fébriles intermittentes : température irrégulière oscillant entre 37° et 40° pendant huit jours.

Toux fréquente, laryngite.

Gros ganglion des chaînes jugulaires ; cuti positive.

Auscultation normale. Scopie : pas d'image de primo-infection.

O. R. L. : amygdales de moyen volume enchatonnées. Le larynx présente deux nodules sur les cordes vocales dus à des excès vocaux. Dents très mauvaises.

OBSERVATION N° XXIX. — *M. René, 13 ans, 25 kg. 400, 1 m. 31.*

Gros retard physique et intellectuel.

Cypho-scoliose. Douleurs dans la région scapulo-vertébrale droite.

A fait trois ans de préventorium.

Ganglions des chaînes jugulaires hypertrophiés.

Cuti positive. Scopie : hile droit élargi.

O. R. L. : rhinite atrophique. Pus dans le rhino-pharynx. Atrésie du maxillaire inférieur.

Observation n° XXX. — *J. Micheline, 12 ans, 31 kg. 700, 1 m. 34.*

A été en contact avec mère tuberculeuse jusqu'en 1936. Cuti positive dès cette date avec, à la scopie : hiles très arborescents.

Opérée des végétations en septembre 1937.

En avril 1946 état général très bon ; gros ganglions cervicaux surtout à droite.

Scopie : image thoracique normale.

O. R. L. (Docteur Vermeil) : cornets inférieurs volumineux, grosse amygdale droite, petites végétations.

Observation n° XXXI. — *M. Maurice.*

Etat général déficient, amaigrissement, anorexie, voix enrouée.

Poussées fébriles autour de 39° tous les mois, pendant quelques jours. Cuti positive. Auscultation et scopie : normales.

O. R. L. (Docteur Brochart) : végétations hypertrophiées.

Observation n° XXXII. — *B. Michel, 6 ans.*

Polyadénite cervicale.

Cuti positive. Auscultation : souffle expiratoire dans la région scapulo-vertébrale. Scopie : pas de complexe ganglio-pulmonaire.

Examen de la gorge : muco-pus s'écoulant dans le pharynx.

Observation n° XXXIII. — *D. Odette, 6 ans, 18 kg. 800.*

Père décédé tuberculeux il y a trois ans.

Bronchites à répétition. Petit ganglion sous angulo-maxillaire droit.

Cuti positive. Auscultation : timbre bronchophonique de la voix.

Scopie : tache calcifiée sous-claviculaire droite.

O. R. L. : grosses végétations adénoïdes. Après curettage du cavum, les bronchites ne se renouvellent plus ; le ganglion a disparu.

X. — CONCLUSIONS.

1° Les affections des voies aériennes supérieures peuvent occasionner un syndrome pseudo-tuberculeux caractérisé par :

— des réactions ganglionnaires cervicales. L'anatomie explique qu'une infection du nez ou du cavum puisse déclencher une telle adénopathie.

— des bronchites à répétition qui peuvent donner les signes physiques que l'on attribuait autrefois à l'adénopathie trachéo-bronchique, et qui peuvent donner aussi des signes radiologiques témoins de condensations discrètes de la région hilaire et de sclérose des parois bronchiques.

— une toux persistante due à un reflexe de défense ou à une névrite des plexus pharyngiens.

— des accès de fièvre.

— une atteinte plus ou moins marquée de l'état général avec surtout un retard pondéral ;

2° Ce syndrome peut réaliser diverses formes cliniques dont la plus importante est la forme associée à une cuti-réaction positive dans laquelle il est difficile d'imputer les symptômes à l'infection du cavum ou à la tuberculose ;

3° Le diagnostic de ce syndrome doit se faire évidemment avec diverses formes de tuberculose : adénites cervicales, adénopathie trachéo-bronchique et surtout primo infection à cause du traitement de longue durée et des conséquences familiales et scolaires que ce diagnostic entraîne.

Le diagnostic positif repose sur l'interrogatoire, la cuti réaction, la radiologie et l'examen du rhino-pharynx. La collaboration entre le médecin et l'oto-rhino-laryngologiste doit être intime ;

4° Le traitement est médical, hydro-minéral mais surtout chirurgical : une simple cuti-réaction positive ne doit pas faire retarder une intervention sur le cavum, à condition que la primo-infection tuberculeuse soit déjà relativement ancienne.

Vu :

Le Président de thèse,

Signé : J. CATHALA.

Vu :

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

Signé : BAUDOUIN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

Signé : ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

ABOULKER. — Fausses affections broncho-pulmonaires d'origine bucco-naso-pharyngienne (*Congrès Français de Médecine*, 1910).

ATTIAS. — De la rhino-pharyngite et de ses complications chez l'enfant (*Thèse Paris*, 1901).

AUBERTIN. — Rhino-bronchites descendantes et syndromes respiratoires d'origine rhino-pharyngée (*Revue de Laryngologie*, décembre 1929).

AUDAT. — Rhino-pharyngite chez l'enfant (*Thèse Paris*, 1897).

AVIRAGNET. — De la rhino-pharyngite et ses complications chez l'enfant (*Bulletin Médical*, janvier 1901).

BERTHET et SCOPATI. — Adénopathies cervicales et tuberculose pulmonaire (*Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*, 1936).

BOLOTTE. — L'insuffisance nasale respiratoire et ses déterminations pathologiques (*Doin*, 1933).

BONNET-ROY et FLURIN. — A propos de l'étiologie rhino-pharyngée des infections respiratoires inférieures (*Bulletin Médical de Paris*, 23 février 1927).

BONNET-ROY. — Adénopathies cervicales subaiguës (*Bulletin Médical*, 10 février 1934).

CANUYT. — Les affections oto-rhino-laryngologiques et la tuberculose pulmonaire (*Revue de la Tuberculose*, 1926, tome 7).

CHABORY. — Influence des affections nasales sur l'appareil respiratoire (*Thèse Paris*, 1892).

CHAUVET. — Relations pathogéniques entre fosses nasales et poitrine (*Thèse Bordeaux*, 1908).

DUFOURT. — Traité de Phtisiologie clinique (*Vigot*, 1944).

FLURIN. — Les rhino-bronchites descendantes (*Masson*, 1913).

FLURIN. — Les rhino-bronchites descendantes (*Bulletin Médical*, mai 1921).

GALLE. — Les adénopathies dans les affections des fosses nasales (*Société Française de Laryngologie*, mai 1905).

GENDRON. — L'adénopathie médiastine : sa valeur clinique dans les tuberculoses pulmonaires aiguës et curables de l'enfant (*Thèse Paris*, 1911).

HUGUENIN. — Le diagnostic des adénopathies cervicales (*Revue de Stomatologie*, juillet-août 1944).

KOHN-ENRIQUEZ. — La notion du terrain dans les affections rhino-pharyngées de l'enfance (*Strasbourg Médical*, 5 mai 1938).

KOHN-ENRIQUEZ. — Les pseudo-tuberculoses d'origine naso-pharyngienne (*Thèse Paris*, 1919).

LAURENS. — Oto-rhino-laryngologie du médecin praticien (*Masson*, 1941).

LEGRAND. — Les rhino-bronchites descendantes (*Union Médicale du Canada*, février 1938).

LÉVY-DEKER. — Les rhino-pharyngites de l'enfance (*Journal de Médecine de Paris*, 30 juin 1932 et 29 décembre 1932).

MARTIN. — Adénopathies trachéo-bronchiques et infection tuberculeuse (*Revue de la Tuberculose*, 1926, tome 7).

MERKLEN. — Sur quelques cas d'adénopathies cervicales (*Presse Médicale*, 19 février 1938).

NOBÉCOURT. — Précis de médecine des enfants (*Masson*, 1926).

PEHU et DUFOURT. — Tuberculose médicale de l'enfance (*Doin*, 1927).

RECTEM. — Présentation de cas d'adénites cervico-faciales (*Revue de Stomatologie*, mai-juin 1943).

RIBADEAU-DUMAS et TARNEAUD. — La toux rebelle des rhino-pharyngites (*Le Nourrisson*, septembre-octobre 1943).

RIST. — Le diagnostic différentiel de la tuberculose pulmonaire et les affections chroniques des fosses nasales (*Presse Médicale*, 24 juillet 1916).

RIST. — Les diagnostics erronés de tuberculose pulmonaire et les affections des voies aériennes supérieures (*Revue de la Tuberculose*, 1926, page 705).

RIST. — Les symptômes de la tuberculose pulmonaire (*Masson*, 1943).

ROUGET. — Diagnostic des adénopathies cervicales (*Gazette des Hôpitaux*, août 1943).

ROUVIÈRE. — Anatomie humaine (*Masson*, 1932).

ROUVIÈRE. — Anatomie des lymphatiques.

ROZOY. — Influence des opérations sur le naso-pharynx sur l'activité de la tuberculose pulmonaire chez les enfants et les adultes (*Echo Médical du Nord*, 9 juillet 1932).

SERGENT. — Exploration radiologique de l'appareil respiratoire (*Masson*, 1931).

VALETTE. — Comment traiter les infections chroniques et récidivantes rebelles du rhino-pharynx (*Gazette des Hôpitaux*, 10 avril 1935).

VAUTHIER. — Sur les moyens tendant à empêcher la propagation de la tuberculose dans les écoles (*Revue d'Hygiène et de Médecine Infantiles*, 1905, n° 6).

WILMOTH. — Diagnostic des adénites cervicales (*Concours Médical*, 15 janvier 1939).

TABLE DES MATIERES

I. — Introduction 15

II. — Historique 19

III. — Anatomie 23

IV. — Etude Clinique 25

V. — Etiologie 35

VI. — Formes Cliniques 37

VII. — Diagnostic 41

VIII. — Traitement 49

IX. — Observations 51

X. — Conclusions 61

Bibliographie 65